

P-285

血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られた下壁急性心筋梗塞の一例

長岡赤十字病院 循環器内科

○^{ふじた としお}藤田 俊夫、高野 俊樹、保屋野 真、桑野 浩彦、江部 克也

急性心筋梗塞症例の再灌流療法において、血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られた症例は、その発症機序が塞栓症によるものとの報告が散見される。今回血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られた一例を経験し、その吸引血栓組織所見と血管内超音波所見より、発症機序に関しての考察ができたので報告する。症例は77歳女性。畑で倒れているところを発見され、緊急搬送となった。房室ブロックを合併した下壁急性心筋梗塞の診断で、緊急冠動脈造影を施行した。右冠動脈#3が完全閉塞で血栓吸引療法を行った。多量の赤色血栓が吸引され、良好な血流と血管径が得られた。吸引血栓組織所見より、血栓はフィブリン血栓と混合血栓、血小板血栓より形成されており、一般的な不安定プラークの破綻により形成される血栓と同じ構成成分であった。血管内超音波での病変部位の観察では、血管内腔は広く保たれ、プラーク量が少ない所見であった。プラーク性状は、iMAP所見からはfibroticな組織が80%、lipidicな組織が9%、necroticな組織が11%で、一般的な不安定プラークに比し、lipidicな組織とnecroticな組織が非常に少ない所見であった。吸引血栓組織所見からは、血栓は冠動脈内の局所で形成された血栓と考えられ、血管内超音波所見からは、病変部位は安定プラークでプラーク量も少ないと考えられた。両所見より、本例は安定プラークの表面びらんに伴う血栓形成で発症した急性心筋梗塞と考えられた。血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られる症例では、少量の安定プラーク表面のびらんによる血栓形成症例があることが示唆された。

P-287

ドクササコ中毒の臨床―肢端紅痛症となるのは稀である―

長岡赤十字病院 神経内科¹⁾、小千谷総合病院 神経内科²⁾

○^{ふじた のぶや}藤田 信也¹⁾、登木口 進²⁾、小松 雅宙¹⁾、梅田 能生¹⁾、梅田麻衣子¹⁾、小宅 陸郎¹⁾

【はじめに】ドクササコ（学名アクロメラルガ＝四肢末端が痛み、の意）は、北日本の日本海側の広葉樹林や竹藪に広く生息する。ドクササコ中毒は、四肢末端部の発赤・腫脹・熱感を伴う激しい痛みが特徴とされ、肢端紅痛症の鑑別疾患として重要である。当科で経験したドクササコ中毒の臨床像を報告する。【結果】過去15年で、ドクササコ中毒の診断で4例が入院した。発症年齢は58歳～79歳。すべて秋の発症で、キノコの摂食から5日から8日間で発症。患者家族に同症状を認めたものは1例のみであった。いずれも四肢末端の激痛・腫脹を認めたが、発赤を伴うものはなかった。治療としてはATP/ナイクリンの大量療法や抗てんかん薬などを用い、1例でプレガバリン及びトラマドール塩酸塩とアセトアミノフェンの合剤を使用した。有効性は確認できなかった。強い四肢末端の痛みのために、手足を布団につけることができず、痛みの改善に1か月以上かかった例もあった。死亡例はなかったが、肺塞栓を合併して入院期間が60日以上にわたった症例があった。【考案】ドクササコ中毒は、四肢末端の発赤・腫脹を伴う痛みが出ることが知られているが、当科で経験した4例ともに発赤は伴わなかった。いわゆる肢端紅痛症でなくとも、強い四肢のしびれ・痛みを訴える患者については、キノコの接食の間診が必要である。ドクササコの毒性分としては、クリチジン・アクロメリン酸が同定されており、血管拡張作用や多発末梢神経障害を来すと考えられているが、病態は解明されていない。患者は、強い痛みのために、動くことを極度に恐れる傾向があり、肺塞栓などの合併症がおきやすいと考えられる。疼痛管理とともに、合併症の予防が重要である。

P-286

当院における下肢静脈瘤の診療状況 血管内レーザー焼灼術を導入して

水戸赤十字病院 外科

○^{うちだ のりお}内田 智夫、竹中 能文、古内 孝幸、佐藤 宏喜、捨田利外茂夫、清水 芳政、鹿股 宏之、立川 伸雄、牛窓かおり、鈴木 佳透、益子 太郎

当院では2012年10月より下肢静脈瘤血管内レーザー焼灼術EVLA(endovenous laser ablation)を導入した。器材はインテグラル社ELVeS 980nm を使用した。2013年4月現在までに施行した症例は46例（男性17、女性29）、平均年齢65.0歳、大伏在静脈54肢、小伏在静脈3肢の計57肢に行った。湿疹、色素沈着などの鬱滯性皮膚炎症状を伴っていたのは10例であった。平均手術時間は1時間14分、照射静脈長34.2cm、10Wで引き抜き速度は1cm/7secを目安に行い、LEED(linear endovenous energy density)は平均64.7J/cmであった。カテーテル挿入はエコーガイド穿刺のみで行ったのは12肢で、他の45肢は小切開を加えて行った。穿刺が困難なためだけではなく、径の太い分岐があり、部分切除を追加した症例が多かった影響もある。麻酔はTLA(tumescent local anesthesia)を1肢あたり250ml程度使用している。病院の諸事情により日帰り手術ではなく、2泊3日の入院で毎週2件ずつ行っている。手術前日にエコーでマーキングし、翌日にもエコーで焼灼部位を確認している。問題となるEHT(endovenous heat induced thrombus)を生じた経験は現在のところない。比較的広範囲の皮下出血を認めたのは3例、術後鎮痛剤の追加が必要となったのは3例であった。退院後外来で経過観察し、遺残した静脈瘤に対しポリドカスクレロールによるフォーム硬化療法を追加したのは9例あった。1993年以降当院では血管の状態に応じて治療法を選択しストリッピング術を667例、結紮術を714例、硬化療法単独を761例施行してきた。伏在静脈瘤のうち従来のストリッピング術が向いている血管径が太い症例や蛇行の強い症例でも分割手術や部分切除を併用すれば概ねEVLAで対応可能と考え、今後原則として侵襲が少ないEVLAに切り替える方針である。

P-288

髄膜腫の術後けいれんで難渋した1例

古河赤十字病院 脳神経外科

○^{やまだ たけし}山田 武、篠田 宗次

【はじめに】脳腫瘍に伴うけいれん発作の制御は、脳外科診療ではルーチンであるが重要である。今回われわれは髄膜腫術後の局所けいれんの制御において、いくつかの点で難渋した症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。【症例】63歳、女性。既往は特になし。左足先から同側の頭まで上行する5分程度のしびれ感の発作で発症。術前CT、MRIでは髄膜腫（右前頭葉傍矢状洞部）が考えられた。バルプロ酸（VPA）800mgを開始し、10日後に腫瘍摘出術（Simpson grade 3、附着部を一部残して肉眼的全摘出）を行なった。病理診断はmicrocystic meningioma, WHO gr. 1, MIB-1 indexは1.6%と低値を示した。術後経過は良好で、手術から2週間で退院した。その後左下肢の局所けいれんが起り、Todd麻痺が遷延した。CTでは摘出部位周辺に低吸収域（LDA）が出現した。VAにラモトリギン（LTG）を追加するとけいれんは減少し、CT上のLDAも軽減したが、薬疹が見られたため抗けいれん剤（AED）を中止した。以後ゾニサミド（ZNS）、カルバマゼピン（CBZ）の順次内服に対し、VA + LTGの際と同様の経過を繰り返した。すなわち局所けいれん + Todd麻痺 + CT上のLDA → AED開始 → 発作が軽減 → 薬疹 → AED中止ということが繰り返された。最終的にはAEDは内服せず、ロフラゼパ酸（メイラックス[®]）でけいれん発作は落ち着き、CT上のLDAも消退した。なお造影CT、MRIでは腫瘍の再発はみられなかった。【考案】本症例の術後で難渋した点は、(1)局所けいれんの制御、(2) AEDに対する薬疹、(3) CT上のLDAの解釈であった。(1)と(2)に対しては一般的な第一選択薬から順次使用してゆく以外、日常診療に即した方法はないように思われた。(3)のLDAは、腫瘍の再発も疑われたが、その消長が局所けいれんの経過と同期しており、造影MRI等で再発はなかったことより、軽度ともいえる局所けいれんにより生じた脳浮腫などを見ているものと考えに至った。